@MEDICA_CHANNEL

@MEDICA_CHANNEL

ضروریات پره‌انترنی
داخلی - گوارش



مدیریت تدوین: دکتر صادق شفائی، دکتر سارا آریان

مؤلف: فاطمه محمدی فرد، شکیبا خسروی نجات، مرتضی دوست‌محمدی

مؤسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران

انتشارات طبیبانه

۱۴۰۱

نشر طبیبانه

@MEDICA_CHANNEL

ضروریات پره‌انترنی داخلی - گوارش

مؤلف: فاطمه محمدی فرد، شکیبا خسروی نجات، مرتضی دوست‌محمدی

ناشر: طبیبانه

چاپ: مجتمع چاپ و نشر پیشگامان

مدیر تولید محتوا و صفحه‌آرایی: عاطفه صفاری

نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت نسخه چاپی: قابل مشاهده در سایت فروشگاه edutums.ir

قیمت نسخه مجازی: از ۳۰ تا ۵۰ درصد نسخه چاپی

شابک: ۳-۰۶-۵۴۲۲-۶۲۲-۹۷۸

مرکز پخش: تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بعد از خیابان روانمهر، بن‌بست سرود، پلاک ۲، واحد همکف

تلفن: ۰۲۱ ۶۶۴۰۶۱۷۰- / ۰۹۳۵۳۵۸۰۲۳۱

وب سایت: edutums.ir

@MEDICA_CHANNEL

۱- آقای ۵۰ ساله با اسهال طول کشیده بیش از سه ماه مراجعه کرده است. کولونوسکوپی نرمال است. در نمونه‌های مدفوع در سه نوبت WBC ،RBC ندارد، تست کالپروتکتین منفی است و تست مدفوع نشان‌دهنده یک مدفوع با اسمولاریتی گپ ۷۰ است. مصرف کدام‌یک از داروهای زیر در ایجاد اسهال این بیمار کم‌تر محتمل است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) منیزیم هیدروکساید **ب) لاکتولوز**

ج) اریترومایسین **د) پودر پلی‌اتیلن گلیکول**

این بیمار با توجه به اسهال بالای چهار هفته، مبتلا به اسهال مزمن است. چهار نوع اسهال مزمن داریم:

۱. اسهال ترشحی: اسهال آبکی و حجیم با اسموتیک گپ نرمال مدفوع که با وجود روزه‌داری هم ادامه پیدا می‌کند، مثل مصرف بیزاکودیل یا ویپوما.

۲. اسهال اسمتیک: اسهالی با اسمتیک گپ بالاتر از ۵۰ که در آن شواهد التهاب و سوء جذب نداریم و با روزه‌داری رفع می‌شود. اینجا ماده‌ای که از نظر اسمزی فعاله خوردی که آب رو به داخل لومن روده کشیده و اسهال داده.

۳. اسهال التهابی: اسهالی دارای WBC و RBC. کالپروتکتین مثبت به نفع التهاب است. مثل بیماری التهابی روده.

۴. اسهال استئاتوره‌ای: اسهال چرب و بدبو با شواهد کاهش وزن و سوء جذب. مثل سلیاک و اسپروی تروپیکال.

پس این مریض اسهال اسمتیک دارد. چیا اسهال اسمتیک میدن:

✎ مسهل‌های اُسمُتیک مثل آنتی‌اسیدهای حاوی منیزیم، لاکتولوز، فروکتوز، سوربیتول و پودر پلی‌اتیلن گلیکول: اسهالی که میدن معمولاً اُسمُتیک گپش بیش از ۵۰ میلی‌اسمول/لیتره.

✎ سوءجذب کربوهیدرات: یکی از شایع‌ترین علل اسهال مزمن در بالغین، عدم تحمل لاکتوز است.

مبحث اسهال

الف ب **ج** د

۲- آقای ۵۶ ساله با هماتمز و ملنا بستری شدند. بیمار سابقه COPD دارند که ماه گذشته به علت تشدید خلط و سرفه و یک هفته تحت درمان با آزیترومایسین بوده است. بیمار سابقه حساسیت به پنی‌سیلین دارد. علائم حیاتی ثبات دارد. تحت آندوسکوپی قرار گرفت و یک زخم Clean based ۱۰x۱۰ mm در بولب دئودنوم داشت و هلیکوباکتر پیلوری مثبت بود. جهت ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری کدام رژیم دارویی در خط اول درمان مناسب‌تر است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹ - میان‌دوره کشوری)*

الف) پنتوپرازول، آموکسی سیلین، کلاریترومایسین، نیتازوکسانید

ب) پنتوپرازول، آموکسی سیلین، لووفلوکساسین، نیتازوکسانید

ج) پنتوپرازول، مترونیدازول، کلاریترومایسین، نیتازوکسانید

د) پنتوپرازول، بیسموت، تتراسایکلین، نیتازوکسانید

در زخم پپتیک ناشی از عفونت هلیکوباکتر پیلوری، باید درمان ریشه‌کنی هلیکوباکتر رو به مدت ۱۴ روز تجویز کنیم و پس از آن ۴ تا ۶ هفته آنتی‌اسید مثل PPI (پنتوپرازول) یا H2 بلاکر مثل رانیتیدین بدیم.

@MEDICA_CHANNEL

درمان ریشه‌کنی خط اول هلیکوباکترپیلوری یک رژیم ترکیبی سه دارویی به مدت ۱۴ روز است، شامل: دو تا آنتی‌بیوتیک (مثل کلاریترومایسین + آموکسی‌سیلین) + H2 blocker مثل رانیتیدین یا PPI مثل اُمپرازول و یا بیسموت. حالا چندتا استثناء هم داره این رژیم، مثلاً:

درصورت وجود سابقه‌ی مصرف ماکرولید مثل آزیترومایسین و حساسیت به پنی‌سیلین باید از رژیم چهار دارویی یعنی «PPI + بیسموت + تتراسایکلین + مترونیدازول یا نیتازوکساناید» استفاده کنیم.

مبحث زخم پپتیک و هلیکوباکترپیلوری

الف | ب | ج | **د**

۳- خانم ۴۸ ساله با علائم سوء جذب تحت بیوپسی روده باریک قرار می‌گیرد. در همه موارد زیر یافته‌های بیوپسی تشخیصی (Diagnostic) است، به‌جز: *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) سلیاک
ب) آمیلوییدوز
ج) ماستوسیتوز
د) لنفانژکتازی

در این شش بیماری سوء جذب، با اینکه شواهد بیوپسی غیر طبیعی است ولی بیوپسی، روش تشخیص قطعی نیست:

۱. سلیاک
۲. اسکلروز سیستمیک
۳. انتریت ناشی از رادیوتراپی
۴. سندرم رشد بیش از حد باکتری (BOS)
۵. اسپروی تروپیکال
۶. بیماری کرون

تو سایر گزینه‌ها بیوپسی، تشخیص رو قطعی می‌کنه.

مبحث اختلالات جذب.

الف | ب | ج | د

۴- آقای ۳۹ ساله با تشخیص کولیت اولسروز تحت درمان می‌باشد و در اینترنت در مورد عوارض کبدی این بیماری سؤال می‌کند. کدام‌یک از عوارض کبدی زیر در بیماری التهابی روده کمتر محتمل است؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) Small duct sclerosing cholangitis
ب) Chronic active hepatitis
ج) Primary biliary cholangitis
د) Primary sclerosing cholangitis

درگیری گوارشی خارج روده‌ای IBD رو یاد بگیر:

درگیری کبدی IBD ← کبد چرب، هپاتیت مزمن فعال، هپاتیت اتوایمیون، سیروز و کلانژیت اسکلروزان مجاری کوچک یا

پری‌کلانژیت. یکی از عوارض نادر کولیت اولسروز، سیروز صفراوی اولیه (PBC) است.

درگیری صفراوی IBD ☜ سنگ صفراوی (به خصوص انواع اگزالاتی در کرون شایع است) و کلانژیت اسکلروزان اولیه یا PSC است. PSC شایع‌ترین شکل درگیری کبد در IBD است که با نمای دانه تسبیحی در MRCP دیده می‌شود. به محض تشخیص PSC باید بیمار را از نظر IBD با کولونوسکوپی بررسی کنیم.

مبحث بیماری‌های التهابی روده.

الف | ب | **ج** | د

۵- آقای ۳۸ ساله با ایکتر از سه روز قبل مراجعه کرده است. تست‌های کبدی به شرح زیر است:

ALT: 1000, AST: 800

همه تست‌های تشخیصی زیر در اولین برخورد توصیه می‌شود، به‌جز: *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) HBs Ag | **ب) HCV Ab**

ج) HAV Ab (IgM) | **د) HBe Ag**

تو آزمایشات مریض، چون آنزیم‌های کبدی خیلی افزایش یافته (بالای ۵۰۰) بیماری حاد هپاتوسلولر مثل هپاتیت حاد ویروسی مطرح میشه. حالا براش چه آزمایشاتی درخواست می‌کنی؟

۱. مارکرهای هپاتیت ویروسی HBs-Ag / HBc-Ab-IgM / HCV-Ab / HAV-Ab-IgM

۲. سطح ادراری استامینوفن

۳. میزان سرولوپلاسمین خون (در افراد زیر ۴۰ سال)

مبحث هپاتیت‌های ویروسی.

الف | ب | ج | **د**

۶- بیماری ۴۵ ساله که با درد شدید اپیگاستر با انتشار به پشت که با خم شدن به جلو بهبود و با دراز کشیدن تشدید می‌شود، همراه با تهوع و استفراغ به اورژانس مراجعه نموده است. آزمایش‌های بیمار به شرح زیر می‌باشد و در سونوگرافی اسلاج صفراوی همراه با سنگ ریز ۳-۲ میلی‌متر دارد و ضخامت کیسه صفرا نرمال است.

Amylase: 870, WBC: 12200, AST: 80, ALT: 100, ALP: 250

کدام اقدامات زیر صحیح نیست؟ *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) شروع تغذیه خوراکی بعد از بهبود درد | **ب) استفاده از آنتی‌بیوتیک**

ج) هیدراتاسیون بیمار با استفاده از سرم رینگرلاکتات | **د) تجویز مسکن جهت تسکین درد**

درد شدید اپیگاستر با انتشار به پشت که با خم شدن به جلو بهتر و با دراز کشیدن تشدید میشه به همراه آمیلاز بالا، باید آلارم پانکراتیت رو تو ذهنت روشن کنه! در شک به پانکراتیت در صورت وجود شواهد سنگ صفرا یا مجاری صفراوی دیلاته در سونوگرافی، تشخیص پانکراتیت قطعی میشه. پس اولین قدم تشخیصی در بیمار مشکوک به پانکراتیت، سونوگرافی است. درمان پانکراتیت با هر شدتی

سه جزء ثابت داره:

۱. اولین قدم در پانکراتیت حاد به هر علتی مایع درمانی و هیدراته کردن بیمار است.

۲. تجویز مسکن

۳. محدودیت غذا خوردن از راه گوارشی

در پانکراتیت فقط در صورت شک به وجود عفونت و شواهدش مثل لکوسیتوز، تب و نارسایی ارگان، آنتی‌بیوتیک میدیم؛ در حدی که حتی اگر پانکراس نکروز بود ولی عفونت نداشت، بازم لازم نیست آنتی‌بیوتیک تجویز کنیم.

مبحث بیماری‌های پانکراس.

الف **ب** ج د

۷- در بیمار ۳۸ ساله‌ای که بعد از رد علل ارگانیک تشخیص روده تحریک‌پذیر گذاشته شده است، همه موارد زیر از علل و پاتوفیزیولوژی ایجاد آن می‌باشند، به‌جز: *(پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)*

الف) Gut motility abnormalities

ب) Bile acid malabsorption

ج) H.pylori infection

د) Central Neural dysfunction

عواملی مثل فعالیت حسی و حرکتی غیر طبیعی روده، سوء جذب اسیدصفراوی، اختلال عملکرد CNS، اختلالات سایکولوژیک، التهاب مخاطی و استرس در ایجاد IBS موثرند.

باکتری‌هایی که در عفونت اولیه‌ی این بیماری نقش دارن چیان؟ کمپیلوباکتر، سالمونلا و شیگلا

مبحث سندرم روده‌ی تحریک پذیر.

الف ب **ج** د

۸- خانمی ۵۲ ساله به علت ایکتر و خارش مراجعه نموده است. سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی نرمال است در آزمایشات: AST:50, ALT:60, ALP:1300, Bili total:10, Bili direct:9 می‌باشد اولین اقدام تشخیص بعدی چیست؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) AMA

ب) HBS Ag

ج) HCV Ab

د) ERCP

در بیماری که با شکایت زردی یا آزمایش کبدی غیر طبیعی میاد، به ترتیب به سطح آمینوترانسفراز کبدی (نرمال تا ۴۰)، بعد آلکالن فسفاتاز (نرمال تا ۳۰۰)، بعد نتیجه‌ی سونوگرافی کبد و مجاری و بعد سطح بیلی‌روبین نگاه کن. با این حساب چهار الگو برای تغییر تست‌های کبدی داریم:

۱. افزایش ایزوله‌ی آلکالن فسفاتاز ☜ آلکالن بالا در کنار آمنوترانسفراز نرمال داریم.

۲. افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین ☜ فقط بیلی زیاد شده.

۳. الگوی هپاتوسلولار ☜ همه چی به هم ریخته ولی افزایش آمینوترانسفراز نسبت به آلکالن غالب است.

۴. الگوی کلستاتیک ☜ همه چی به هم ریخته ولی افزایش آلکالن نسبت به آمینوترانسفراز غالب است، مثل این سوال که ALP سر به فلک کشیده. به نفع انسداد و آسیب صفراوی است، پس در قدم بعد باید به سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی نگاه کنیم که با توجه به نتیجه دو حالت دارد:

☝ سونوگرافی طبیعی (فقط اتساع مجرای صفراوی داخل کبدی داریم یا هر دو مجرای داخلی و خارجی طبیعی است): درگیری در داخل بافت کبد (اینترا هپاتیک) است و باید با تست AMA (آنتی‌میتوکندریال آنتی‌بادی)، احتمال سیروز صفراوی اولیه (PBC) را بررسی کنیم. مثل این سوال، که در جواب دو حالت پیش میاد:

۱. AMA منفی ☜ MRCP انجام بده. اگر نتیجه باز هم منفی بود، بیوپسی کبد اینجا آخرین مرحله است!

۲. AMA مثبت ☜ همون اول برو سراغ بیوپسی کبد، چون احتمال PBC خیلی زیاد است.

✌ سونوگرافی غیرطبیعی (مجاری صفراوی خارج کبدی دیلاته است): درگیری در خارج بافت کبد (اکسترا هپاتیک) است و باید بریم سراغ MRCP و CT اسکن یا در مواردی ERCP.

مبحث ارزیابی کارکرد کبد و تشخیص.

الف ب ج د



۹- کدامیک از آزمایشات زیر در افتراق بیمار با سابقه واکسیناسیون هپاتیت B و بیمار با سابقه ابتلای قبلی به هپاتیت B کمک کننده‌تر است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹-کشوری)*

الف) HBe Ag — **ب) HBe Ab**

ج) HBc Ab — **د) HBs Ab**

ویروس هپاتیت حتی در ضعیف‌ترین حالت یعنی واکسن، HBs-Ag رو داره. پس:

✎ ویروس هپاتیت کامل با خودش HBs-Ag، HBc-Ab (در فاز حاد IgM و در فاز مزمن IgG) و HBe-Ag داره، پس می‌تونه Ab هر کدوم رو هم تولید کنه.

✎ در هپاتیتی که خوب شده یا همون فاز ریکاوری فقط Hbs-Ab و HBc-Ab از نوع مزمن یعنی IgG می‌بینیم.

✎ واکسن هپاتیت فقط HBs-Ag داره: در نتیجه تو خون HBs-Ab می‌بینیم. پس تفاوت واکسن و ریکاوری در HBc-Ab است.

مبحث هپاتیت‌های ویروسی.

الف ب **ج** د



۱۰- خانم ۲۳ ساله مبتلا به آنمی سیکل‌سل به علت نفخ و تهوع سونوگرافی می‌شود. در سونوگرافی سنگ در کیسه صفرا و نیز پولیپ کوچک کیسه صفرا داشتند. آزمایشات کبدی نرمال است و علائم بیمار با تجویز امپرازول برطرف شده است. کدام اقدام در مورد وی صحیح است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) کوله سیستکتومی — **ب) تجویز UDCA**

ج) سونوگرافی ۶ ماه بعد — **د) تجویز کلستیرامین**

تو این خانم خیلی اتفاقی سنگ صفراوی پیدا کردیم. تمام موارد سنگ صفراوی اتفاقی و بی‌علامت رو فقط پیگیری و علامت‌درمانی می‌کنیم، مگر پنج گروه زیر که باید کوله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک بکنیم:

۱. بیمار دیابتی

۲. بیماران مبتلا به آنمی سیکل سل؛ مثل این خانم.

۳. بیماری که ریسک بالایی برای ابتلا به کارسینوم صفراوی داره: مثل کیسه صفرای چینی (porcelain) یا کلسیفیه شده دارند، سنگ بزرگ‌تر از ۳ سانتی‌متر و یا همراهی با پولیپ صفراوی بزرگ.

۴. بچه‌ها.

۵. بعضی نژادهای خاص بومیان آمریکایی.

مبحث کیسه صفرا و مجاری صفراوی.

الف ب ج د

۱۱- آقای ۵۰ ساله به علت دیس‌پپسی، آندوسکوپی می‌گردد که در آن زخم بزرگ 2×1 cm در ناحیه تنه معده داشته است. بیوپسی‌های متعدد از زخم شواهد بدخیمی نداشته، اما هلیکوباکتر پیلوری مثبت بوده است. درمان ریشه‌کنی چهار دارویی به مدت دو هفته و سپس پنتوپرازول به مدت یک ماه دریافت کرد. اکنون بیمار مراجعه کرده است و شکایت خاصی ندارد. اقدام مناسب کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) تست تنفسی H پیلوری جهت اثبات ریشه‌کنی

ب) سرولوژی H پیلوری جهت اثبات ریشه‌کنی

ج) آندوسکوپی مجدد و بیوپسی متعدد

د) ادامه درمان با پنتوپرازول به مدت دو ماه دیگر

در تمام بیماران مبتلا به زخم پپتیک به همراه عفونت هلیکوباکتر پیلوری باید چهار هفته بعد از درمان، ریشه کنی هلیکوباکتر رو ترجیحاً با تست تنفسی اوره‌آز (UBT) اثبات کنیم. ولی اگر بیمارمون مثل این آقا، زخم پپتیک معده داشت، به علت احتمال بالای بدخیمی باید بعد از ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری یا حتی درمان آنتی‌اسید برای زخم معده، مجدد آندوسکوپی کنیم، بیوپسی بگیریم و روی نمونه‌ها با تست اوره‌آز سریع هلیکوباکتر را بررسی کنیم.

مبحث زخم پپتیک و هلیکوباکترپیلوری.

الف ب **ج** د

۱۲- بیمار خانم ۲۴ ساله‌ای که با درد شکم از ۶ ماه قبل مراجعه کرده است. درد بیمار در ناحیه هایپوگاستر بوده و هفته‌ای یک تا دو بار می‌باشد و بیمار ذکر می‌کند که با دفع مدفوع بیمار بهبود می‌یابد. مدفوع بیمار آبکی و حاوی بلغم و فاقد خون می‌باشد. CBC و آزمایش مدفوع و کولونوسکوپی بیمار نرمال است. مناسب‌ترین اقدام درمانی در این بیمار کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) درمان با مترونیدازول خوراکی

ب) درمان با استروئید خوراکی

ج) رژیم غذایی فاقد گلوتن

د) درمان با داروهای ضدافسردگی ۳ حلقه‌ای

این بیمار با توجه به درد شکم از ۶ ماه قبل که با دفع خوب میشه به همراه آزمایشات و ارزیابی‌های نرمال مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر یا IBS است. برای درمان IBS باید به علامت غالب بیمار توجه کنیم؛ مثلاً اینجا چون درد شکم غالبه، پس می‌تونیم از ضد افسردگی سه حلقه‌ای TCA، SSRI و یا شل‌کننده‌های عضلانی استفاده کنیم. تو سه حالت دیگه چیا تجویز می‌کنیم؟

- در IBS یبوست غالب ☜ ضد یبوست مثل لاکتولوز، پسیلیوم و غیره.
- در IBS اسهال غالب ☜ ضد اسهال مثل لوپرامید.
- در IBS پر از نفخ و گاز ☜ رژیم مناسب (با FODMAP کم)، پروبیوتیک و ریفاکسیمین.

مبحث سندرم روده تحریک پذیر.

الف | ب | ج | **د**

۱۳- خانم ۳۶ ساله با درد ناگهانی ناحیه فوقانی شکم به همراه تهوع و استفراغ بستری می‌شود. در طی سونوگرافی کیسه صفرا حاوی اسلاج فراوان و CBD در حد ۷ میلی‌متر گزارش شده است. یافته‌های آزمایشگاهی به شرح زیر است:

AST:400, ALT: 500, ALK:450, Amyals:900, Bili Total:6 , Bili D:4

روز سوم بستری حال عمومی خوب و درد و تهوع بهبودی دارد. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)*

الف) مشاوره جراحی جهت کله سیستکتومی
ب) MRCP
ج) آندوسکوپی فوقانی
د) سی‌تی‌اسکن شکم و لگن

همین اول بگم تو هر بیمار مشکوک به سنگ مجاری صفراوی مشترک یا CBD، باید برای تشخیص قطعی از MRCP یا EUS استفاده کنیم. این خانم با توجه به کولیک صفراوی یعنی درد فوقانی شکم، تهوع و استفراغ به همراه افزایش آنزیم‌های کبدی و بیلی‌روبین و اسلاج صفراوی مشکوک به کوله‌سیستیت است. ولی سه دلیل زیر شک ما رو به سنگ CBD زیاد می‌کنه:

۱. CBD گشاد (بزرگ‌تر از ۵ میلی‌متر)
۲. بیلی‌روبین بالای ۵ (که توی کوله‌سیستیت معمولی دیگه بیش‌تر از ۵ نمیشه)
۳. بهبود علائم کوله‌سیستیت بدون هیچ مداخله‌ای. این نشون میده یه سنگی اومده تو CBD و احتمالاً رد شده. پس جمع‌بندی کنیم:

☝ اگر به سنگ CBD شک داشتیم، ولی تو سونوگرافی سنگی ندیدیم؛ باید MRCP و یا EUS کنیم.
✌ اگر سنگ CBD ثابت شد، باید علاوه بر کوله‌سیستکتومی، ERCP هم بکنیم.

مبحث کیسه صفرا و مجاری صفراوی.

الف | **ب** | ج | د

۱۴- در بیماری که به علت Dyspepsia تحت آندوسکوپی فوقانی قرار گرفته است و به علت عفونت هلیکوباکترپیلوری آنتی‌بیوتیک دریافت کرده است، کدام‌یک از گزینه‌های زیر برای اثبات ریشه‌کنی هلیکوباکترپیلوری فاقد ارزش است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۹-کشوری)*

الف) انجام تست آنتی‌ژن هلیکوباکترپیلوری در مدفوع
ب) انجام تست اوره‌آز سریع (RUT) از بیوپسی مخاط معده
ج) انجام تست تنفسی اوره‌آز با کربن نشان‌دار
د) بررسی آنتی‌بادی‌های ضد هلیکوباکترپیلوری در سرم

بهترین تست برای اثبات ریشه‌کنی هلیکوباکتر پیلوری، تست تنفسی اوره‌آز (UBT) چهار هفته پس از درمان است. اگر در دسترس نبود، تست آنتی‌ژن‌های مدفوع هم جایگزین مناسبی است. یادت باشه تست سرولوژی برای اثبات ریشه‌کنی باکتری اصلاً به درد نمی‌خوره؛ چون تیتر آنتی‌بادی آروم آروم کم میشه یعنی مثلاً باکتری ریشه‌کن شده ولی همچنان تست سرولوژی مثبت می‌مونه. البته تست سرولوژی برای تشخیص اولیه خوب جواب میده.

مبحث زخم پپتیک و هلیکوباکترپیلوری.

الف | ب | ج | **د**

۱۵- در مورد بیماری‌های التهابی روده کدام تظاهر بالینی در بیماری کرون نسبت به کولیت اولسروز کم‌تر شایع است؟
(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)

الف) درد شکم **ب) اسهال** **ج) کاهش وزن** **د) هماتوشزی**

علائم و نشانه‌های بالینی مشترک بیماری‌های التهابی روده، شامل اسهال خونی و پر لکوسیت (دارای RBC و WBC)، درد شکم، زورپیچ و نشانه‌های التهابی مانند تب، لکوسیتوز و ESR بالا است. با وجود این علائم مشترک، بیماری کولیت اولسروز و کرون تفاوت‌هایی دارن که برای افتراقشون از هم، باید بلد باشیم:

در کولیت اولسراتیو التهاب لایه‌های مخاط و زیرمخاط روده به خصوص رکتوم و سیگموئید رو به صورت پیوسته و به شکل اریتم و اروزیون درگیر می‌کنه. پس در آن به علت درگیری سطحی مخاط و زیرمخاط پُرخون احتمال اسهال خونی و همینطور دیدن آنمی بیش‌تر است. پس شد دال! شاخص سرولوژیک کولیت اولسراتیو P-ANCA است.

در کرون، التهاب، هر چهار لایه‌ی روده به خصوص ایلئوم ترمینال و دریچه‌ی ایلئوسکال رو به صورت تیکه‌تیکه (Skip Lesion) و عمیق (Deep ulcers) درگیر می‌کنه که بین نواحی درگیر، نواحی سالم می‌بینیم. پس در آن به علت درگیری تمام لایه‌های روده انتظار بیش‌تری برای بروز فیستول، تنگی و انسداد روده داریم؛ پس علامت درد شکم در کرون بارزتر از کولیت اولسروز است. شاخص سرولوژی کرون ASCA است.

در پاتولوژی کولیت اولسروز آسیب کریپت روده (کریپتیت، آبسه‌ی کریپتی) داریم. ولی در کرون، زخم آفتی و اقماری (Satellate)، گرانولوم غیرپنیری و نمای قلوه سنگ (Cobble stone) می‌بینیم.

مبحث بیماری‌های التهابی روده.

الف | ب | ج | **د**

۱۶- بیمار خانم ۵۵ ساله‌ای با خارش یک ساله با آلکالین فسفاتاز بالا و آمینوترانسفرازهای نرمال ارجاع شده، سونوگرافی کبد و مجاری صفراوی و کیسه صفرا نرمال می‌باشد. اقدام بعدی شما کدام است؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) چک AMA **ب) چک ANA**
ج) انجام ERCP **د) انجام MRCP**

برگرد جواب ۸ رو برای انواع الگوی تغییرات کبدی بخون. این بیمار مبتلا به افزایش ایزوله‌ی آلکالن فسفاتاز است. ALP از کبد، جفت،

روده باریک و استخوان ترشح میشه. در این الگو باید اول منشأ افزایش ALP رو در بیاریم، پس دو تست ۵- نوکلئوتیداز و گاماگلوتامیل ترانسفراز (گاما GT) رو چک می‌کنیم:

۱. اگر این دو تست مخصوصا گاما GT افزایش نداشت، منشأ غیرکبدی است: باید استخوان رو ارزیابی کنیم. چون آلکالن از استخوان هم ترشح می‌شود.

۲. اگر این دو تست هم افزایش داشت، منشأ کبدی است: باید سونوگرافی کبدی، شرح حال دارویی و تست AMA را ارزیابی کنیم. دو حالت دارد:

☝ سونوگرافی طبیعی (فقط اتساع مجرای صفراوی داخل کبدی داریم یا هر دو مجرای داخلی و خارجی طبیعی است): کلستاز داخل کبدی ☜ چک AMA: در گام بعدی اگر AMA مثبت بود، باید بیوپسی کبد انجام بدیم. پس تو این بیمار که جواب سونو نرمال بود باید بعدش AMA چک بشه.

✌ سونوگرافی غیرطبیعی (مجاری صفراوی خارج کبدی دیلاته است): درگیری در خارج بافت کبد (اکسترا هپاتیک) است و باید بریم سراغ ERCP و یا MRCP.

مبحث ارزیابی کارکرد کبد و تشخیص.

الف | ب | ج | د

۱۷- آقای دانشجو ۲۳ ساله‌ای با سابقه‌ی ایکتر جهت بررسی ارجاع شده است. سابقه‌ی مصرف دارو، الکل و بیماری خاص ندارد. در بررسی‌ها، آزمایشات آمینوترانسفرازها و الکالین فسفاتاز نرمال، Bill T=4.5 mg/dl , Bill D= 0.5 mg/dl ویرال منفی می‌باشد. احتمالاً تشخیص بیمار کدام است؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) شروع سیروز صفراوی اولیه و توصیه به بیوپسی کبد
ب) سندرم ژیلبرت و اطمینان به بیمار
ج) هپاتیت توکسیک- توصیه به بیوپسی کبد
د) هپاتیت اتوایمون- توصیه به بیوپسی کبد

اگه مثل این بیمار فقط بیلی‌روبین افزایش یافته بود و سایر تست‌های کبدی نرمال بود، با الگوی افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین روبه‌روییم. حالا تعیین می‌کنیم هایپربیلی‌روبینمی مستقیم است (کونژوگه) یا غیر مستقیم (غیرکونژوگه). اینجا چون بیلی‌روبین مستقیم کم‌تر از ۱۵٪ بیلی‌روبین توتال است، هایپربیلی‌روبینمی غیر مستقیم داریم. حالا این پسر جوون که اومده با زردی و افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین از نوع غیر کونژوگه، به علائم و عدد بیلی‌روبین توتال نگاه می‌کنیم.

💎 خیلی بالا (بالاتر از ۲۰) و بیمار نوزاده ☜ کریگلر نجار تیپ یک

💎 نسبتاً بالا (بالاتر از ۶ و کمتر از ۲۵) ☜ کریگلر نجار تیپ دو

💎 نسبتاً پایین (کم‌تر از ۶) ☜ دو حالت داره. اگر هموگلوبین هم پایین باشه بیماری همولیتیک است. ولی اگر هموگلوبین نرمال بود، سندرم ژیلبرت داریم. فعلاً با گزینه‌ها همین ژیلبرت میشه! هیچ خطری این افراد رو تهدید نمی‌کنه؛ پس هیچ اقدام درمانی یا تشخیصی‌ای نیاز نیست و باید به بیمار فقط اطمینان داد که حالش خوبه!

مبحث هایپربیلی‌روبینمیا.

الف | **ب** | ج | د

۱۸- پسر ۲۹ ساله‌ای با سابقه‌ی ایکتر از هفته قبل به اورژانس مراجعه می‌کند. در بررسی آزمایشگاهی INR= 2.5 و افزایش آنزیم‌های کبدی دارد. از روز گذشته نیز مختصر کنفوزیون پیدا کرده است. اولین علامت برای تشخیص نارسایی حاد کبدی در وی کدام است؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) ایکتر | **ب) INR بیش از ۱.۵ برابر**

ج) آنسفالوپاتی | **د) آنزیم‌های کبدی بیش از ۱۰۰ برابر**

این بیمار که سابقه‌ی ایکتر و افزایش آنزیم‌های کبدی و کانفیوژن حاد دارد، مشکوک به هپاتیت فولمینانت است.

ترسناک‌ترین عارضه‌ی هپاتیت ویروسی، هپاتیت فولمینانت (برق‌آسا) است که سبب نکروز گسترده‌ی کبدی می‌شه و عمدتاً در هپاتیت B و D و E (به ویژه در خانم های باردار) دیده می‌شود. بیماران با علائم انسفالوپاتی و گاهاً کمای عمیق مراجعه می‌کنند. پس نگران‌کننده‌ترین علامت در هپاتیت حاد، تغییر الگوی خواب و انسفالوپاتی است، چون به نفع هپاتیت فولمینانت است.

در این عارضه کبد معمولاً کوچک شده و PT بیش از حد طولانی می‌شود. درمان هپاتیت فولمینانت، حمایتی است: بیمار باید تحت رژیمی با محدودیت پروتئین قرار گیرد و همچنین لاکتولوز یا نئومایسین خوراکی دریافت کند. درصورت انسفالوپاتی شدید، عدم بهبود خودبه‌خودی و کواگولوپاتی، پیوند کبد توصیه می‌شود. تنها عاملی که واقعاً سبب افزایش بقای بیماران می‌شود، تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک است.

اندیکاسیون‌های پیوند کبد در این بیمارا رو هم یاد بگیر:

۱. انسفالوپاتی شدید
۲. کوآگولوپاتی
۳. همچنین بیمارانی که احتمال بهبودی خودبخودی ندارند.

مبحث هپاتیت‌های ویروسی.

الف | ب | **ج** | د

۱۹- خانم ۴۳ ساله‌ای به علت دفع مدفوع سفت یک بار در هفته مراجعه می‌کند. بیمار می‌گوید اکثر مواقع برای دفع مدفوع از انگشت دست استفاده می‌کند. آزمایشات و کولونوسکوپی که با خود آورده است، همگی نرمال هستند. کارمند اداره است و دارویی مصرف نمی‌کند. همه‌ی موارد زیر را به بیمار توصیه می‌کنید، به‌جز: *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) مصرف کافی مایعات (هیدراتاسیون) | **ب) مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر در روز**

ج) ورزش کافی | **د) توالت رفتن و زور زدن به مدت ۱۵ دقیقه**

در بیماری با یبوست مزمن که مثل این آقا هیچ علت زمینه‌ای از جمله سرطان، افسردگی، هیپوتیروئیدی برای یبوست ندارد و تمام ارزیابی‌های یبوست از جمله آزمایشات، گرافی، کولونوسکوپی و باریم انما نرمال است؛ می‌تونیم یک دوره اصلاح لایف استایل رو توصیه کنیم که شامل: نوشیدن آب کافی، ورزش و مصرف ۱۵ تا ۲۵ گرم فیبر غذایی در روز یا حتی مصرف مسهل است. گزینه‌ی دال برای مریض یُبس، سم خالصه! البته ما بررسی‌هامون رو انجام میدیم تا اگه یبوست ادامه داشت، به تشخیص دقیق برسیم.

در بیماران مبتلا به یبوست مزمن، بررسی‌های اولیه عبارت است از:

۱. بررسی خون (CBC، آهن، کلسیم، پتاسیم، تست‌های تیروئیدی).

۲. رادیوگرافی ساده‌ی قفسه‌ی سینه و شکم.

۳. بررسی ضایعات مکانیکی روده با کولونوسکوپی در صورت وجود ریسک فاکتور یا انمای باریوم در صورت نبود ریسک فاکتور

مبحث یبوست.

الف ب ج **د**

۲۰- آقای ۳۵ ساله جهت غربالگری سرطان روده‌ی بزرگ مراجعه کرده است. مادر وی در سن ۴۶ سالگی دچار سرطان کولون بوده است. به وی توصیه می‌کنید که کولونوسکوپی را از چه سنی انجام دهد و هر چند سال تکرار نماید؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) از ۳۶ سالگی و تکرار آن هر ۱۰ سال

ب) از ۴۰ سالگی و تکرار آن هر ۱۰ سال

ج) از ۳۶ سالگی و تکرار آن هر ۵ سال

د) از ۴۰ سالگی و تکرار آن هر ۵ سال

در سوالای غربالگری کنسر کولورکتال، ببین مریض، عضو خانواده‌ی مبتلا داره یا نه. اگر داره: به درجه نزدیکی خانواده، تعداد اعضای درگیر و سن درگیری اعضا دقت کن. دو تا حالت رو یاد بگیر:

- بیمار دارای یک خویشاوند درجه یک مبتلا به سرطان کولورکتال یا آدنوم پیشرفته در سنین ۶۰ سال یا بالاتر ← غربالگری با کولونوسکوپی هر ۱۰ سال، سن شروع از ۴۰ سالگی.
- بیمار دارای یک خویشاوند درجه یک مبتلا به سرطان کولورکتال یا آدنوم پیشرفته در سنین کم‌تر از ۶۰ سال یا دو خویشاوند درجه یک مبتلا به سرطان کولورکتال یا آدنوم پیشرفته در هر سن ← آغاز کولونوسکوپی از ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال زودتر از سن تشخیص سرطان در جوان‌ترین خویشاوند مبتلا (هر کدام زودتر باشد) و تکرار کولونوسکوپی هر ۵ سال. پس تو این مریض چون مامانش ۴۶ سالگی مبتلا شده باید از ۳۶ سالگی هر پنج سال بیمار رو بررسی کنیم.

مبحث کنسرهای گوارشی.

الف ب **ج** د

۲۱- بیمار آقای ۵۶ ساله‌ای با دیس‌فاژی مراجعه کرده است که از چند ماه قبل شروع شده است و دیس‌فاژی اوایل فقط به جامدات بوده و در حال حاضر مایعات را هم به راحتی مصرف نمی‌کند و دیس‌فاژی دارد. در این مدت ۱۲ کیلوگرم کاهش وزن داشته است. برای تشخیص کدام روش ارجح است؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) آندوسکوپی | **ب) مانومتری**

ج) CT اسکن | **د) بررسی با باریوم**

دیسفاژی مروی فقط به جامدات ناشی از انسداد مکانیکال است، که اگر پیشرونده بود و به آن دیسفاژی مایعات هم اضافه شد: دو تا تشخیص بیش‌تر نداره، یا بدخیمیه یا تنگی پپتیک. اگه سن بیمار بالای ۵۰ سال باشه و کاهش وزن و آنمی داشته باشه، باید به بدخیمی فکر کنیم.

بدخیمی‌های مری معمولاً در ۱/۳ میانی مری با کاهش قطر غیریکنواخت مری در بلع باریم آن ناحیه مشخص می‌شود. شکایت اصلی بیمار بلع دردناک یا ادینوفاژی است. در صورت شک به دیسفاژی مکانیکی و انسداد (تنگی، تومور) باید آندوسکوپی انجام بدیم. الگوریتم دیسفاژی رو مرور کنیم:

دیسفاژی به دو دسته‌ی مروی و دهانی تقسیم می‌شود. در دیسفاژی مروی ممکن است اشکال در بلع جامدات و مایعات (اختلال حرکتی یا نوروماسکولار) یا جامدات به تنهایی (انسداد مکانیکی) داشته باشیم. دیسفاژی رو سریع مرور کنیم:

- دیسفاژی مروی به جامدات: انسداد مکانیکی رو با اندوسکوپی بررسی کن.
  - متناوب و گاه‌گاهی بود: به رینگ تحتانی مری و ازوفاژیت ائوزینوفیلیک فکر کن.
  - پیشرونده بود و بهش دیسفاژی به مایعات اضافه شد: به بدخیمی (با کاهش وزن و سن بالای ۵۰ سال) و تنگی پپتیک (با سوزش سر دل بدون کاهش وزن) فکر کن.
- دیسفاژی مروی به جامدات و مایعات: اختلال نوروماسکولار رو به ترتیب با بلع باریم، مانومتری و اندوسکوپی بررسی کن.
  - متناوب و همراه با درد قفسه سینه بود: به اسپاسم منتشر مری فکر کن.
  - پیشرونده بود، دو تشخیص پایین رو در نظر بگیر:

۱. دارای سوزش سر دل و درد رترواسترنال مزمن: اسکلرودرمی

۲. دارای رگورژیتاسیون و کاهش وزن: آشالازی.

مبحث بیماری‌های مری.

الف ب ج د

۲۲- خانم ۲۷ ساله‌ای با کولیت اولسروز آمده و از دردهای اسکلتی شاکی است. IBD وی از ۲ ماه قبل شروع شده و به درمان پاسخ مناسب داده است و رمیشن کلینیکی داده است، ولی دردهای اسکلتی همچنان ادامه دارد. کدام مورد صحیح است؟

(پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) اسپوندیلیت انکیلوزان ربطی به فعالیت بیماری روده‌ای ندارد.

ب) ساکروایلئیت بدون اسپوندیلیت همیشه علامت‌دار است.

ج) آرتریت پریفرال در این بیماران نادرتر از آگزیال است.

د) هیچکدام صحیح نیست.



شایع‌ترین تظاهر خارج روده‌ای IBD، آرتریت به خصوص نوع محیطی است که به دو شکل دیده می‌شود:

۱. آرتریت محیطی که خودش به دسته تقسیم می‌شود:

- آرتریت محیطی تیپ ۱ ☜ درگیری غیرقرینه و سرونگاتیو مفاصل بزرگ مثل هیپ، زانو و مچ.
- آرتریت محیطی تیپ ۲ ☜ درگیری قرینه مفاصل کوچک مثل متاکارپوفالانژیال.

۲. آرتریت محوری یا آگزیال به شکل ساکروایلئیت و اسپوندیلیت انکیلوزان.

در این بین، سه عارضه، وابسته به شدت درگیری گوارشی در IBD است، یعنی: آرتریت محیطی تیپ یک، اریتم ندوزوم، اپی‌اسکلریت. اینا با تشدید عوارض گوارشی تشدید شده و با تخفیف آن، بهتر می‌شوند. باقی علائم به شدت درگیری گوارشی ارتباطی ندارند، از جمله: PSC، آرتریت محوری و محیطی تیپ ۲، یووئیت و پیودرما گانگرنوزوم.

مبحث بیماری‌های التهابی روده.

الف ب ج د

۲۳- در بیماری که با شکایت هماتمز و ملنا مراجعه کرده، در آندوسکوپی فوقانی زخم با خونریزی فعال در بولب دوازدهه رؤیت گردیده، که تحت درمان آندوسکوپیک قرار گرفته است. انفوزیون مهارکننده‌ی پمپ پروتون وریدی (PPI) با دوز بالا در این مرحله کدامیک از منافع زیر را در این بیمار در پی خواهد داشت؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- مشترک کشوری)*

الف) کاهش درد ناشی از زخم
ب) کاهش مرگ و میر
ج) کاهش مدت زمان بستری بیمار
د) کاهش خطر بروز زخم در آینده

در کل تجویز PPI وریدی در خونریزی گوارشی، ریسک زخم‌های پرخطر مثلاً همراه با خونریزی فعال و همینطور نیاز به درمان اندوسکوپیک رو در آینده کم می‌کنه، ولی جناب هاریسون میگه PPI وریدی تأثیری در بهبود نتایج بالینی از جمله کاهش مرگ و میر، خون‌ریزی و جراحی ندارد. پس اگرچه کلید ب اعلام شده، ولی نظر هاریسون به دال نزدیک‌تره!

در خون‌ریزی فوقانی گوارشی اگر در آندوسکوپی خون‌ریزی فعال یا رگ مشهود (visible vessel) داشتیم، تزریق وریدی PPI (پنتوپرازول) با یا بدون درمان اندوسکوپیک انجام می‌دهیم. بیمار رو سه روز بستری نگه می‌داریم و دو روز اول فقط بهش رژیم مایعات و مواد نرم میدیم.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف **ب** ج د

۲۴- کدامیک از موارد زیر در ایجاد سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر پس از عفونت گوارشی (گاستروانتریت) نقش محافظت کننده خواهد داشت؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- مشترک کشوری)*

الف) جنس مؤنث
ب) سن بالای ۶۰ سال
ج) استعمال سیگار
د) مصرف آنتی‌بیوتیک جهت گاستروانتریت

یکی از زمینه‌های ایجاد IBS، عفونت و گاستروانتریت باکتریاییه که در زنان و جوانان شایع‌تره، پس ایجاد این نوع IBS در افراد بالای ۶۰ سال خیـلی نادره. ریسک فاکتورهای IBS پُست اینفکشن به ترتیب اهمیت ایناست:

۱. طولانی بودن دوره‌ی عفونت اولیه.

۲. میزان توکسیسیتی سوش باکتری آلوده کننده.

۳. سیگار.

۴. التهاب مخاطی.

۵. جنس مونث.

۶. افسردگی.

۷. هیپوکندریازیس یا خود بیمار پنداری.

۸. وقوع حوادث ناگوار روانی در سه ماه گذشته.

۹. طولانی بودن درمان آنتی‌بیوتیکی.

مبحث سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر.

الف **ب** ج د

۲۵- برای غربالگری کانسر روده در آقای ۵۵ ساله بدون سابقه‌ی بیماری قبلی و بدون علائم گوارشی، تست خون مخفی در مدفوع مثبت گزارش شده است. کولونوسکوپی انجام شده نرمال است. در آزمایش خون بیمار MCV: 82، Hb: 15 دارد. سطح فریتین، نرمال است. برای بررسی وضعیت بیمار کدام مورد را توصیه می‌کنید؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) آندوسکوپی

ب) کلونوسکوپی مجدد ۶ ماه بعد

ج) اقدام بیش‌تری نیاز نیست

د) کپسول آندوسکوپی

آزمون خون مخفی در مدفوع (Occult Blood)، تنها برای غربالگری سرطان کولورکتال توصیه می‌شود. در صورت مثبت بودن این آزمون یا وجود آنمی در مرد یا هر خانم یائسه‌ای باید با کولونوسکوپی لوله‌ی گوارش رو بررسی کنیم. اگر نتیجه‌ی کولونوسکوپی مثل این بیمار طبیعی بود و بیمار شواهدی به نفع خونریزی نداشت (افت هموگلوبین، همودینامیک ناپایدار، ادامه‌ی خونریزی)، دیگر اقدام بیش‌تری لازم نیست.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف ب **ج** د

۲۶- خانم ۳۰ ساله‌ای به دلیل دیسفاژی پیشرونده نسبت به مایعات و جامدات و رگورژیتاسیون و کاهش وزن مراجعه کرده است. کدام تشخیص بیش‌تر مطرح است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) آشالازی

ب) اسپاسم منتشر مری

ج) رینگ قسمت تحتانی مری

د) تنگی پپتیک

@MEDICA_CHANNEL

دیسفاژی به دو دسته‌ی مروی و دهانی تقسیم می‌شود. در دیسفاژی مروی ممکن است اشکال در بلع جامدات و مایعات (اختلال حرکتی یا نوروماسکولار) یا جامدات به تنهایی (انسداد مکانیکی) داشته باشیم. دیسفاژی پیشرونده به جامدات و مایعات به همراه رگورژیتاسیون مکرر و کاهش وزن دو ویژگی خیلی مهم دارد:

۱. نمای منقار پرنده یا Bird beak (یعنی مری دیلاته با باریک شدگی دیستال) در ارزیابی باریوم. هرجا دیدی، بزن آشالازی

۲. فشار بالای LES حین استراحت (High resting pressure) علاوه بر زمان بلع و تنه‌ی مری بدون پریستالتیسم یا دارای پریستالتیسم ضعیف. تشخیص قطعی آشالازی با مانومتری است ولی برای رد بدخیمی و سایر علل باید حتماً اندوسکوپی هم انجام بدیم.

۳. برگرد الگوریتم دیسفاژی رو تو جواب ۲۱ بخون.

مبحث بیماری‌های مری.

الف ب ج د

۲۷- خانم ۵۴ ساله‌ای با سابقه‌ی زخم خون‌ریزی دهنده‌ی دئودنوم تحت درمان جهت ریشه‌کن کردن H.pylori قرار گرفته است. جهت اطمینان از ریشه‌کن شدن باکتری تمام موارد ذیل کمک کننده است، بجز: *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) H. pylori Stool Antigen

ب) سرولوژی H. pylori

ج) UBT (Urea Breath test)

د) انجام آندوسکوپی Rapid urease test

سرولوژی به دلیل اینکه آنتی‌بادی به آرامی کم می‌شود برای اثبات ریشه‌کنی هلیکو باکتر مناسب نیست. ریشه‌کنی را باید ۴ هفته بعد از اتمام درمان هلیکوباکتر پیلوری و ترجیحاً با تست اوره‌آز تنفسی انجام دهیم.

مبحث زخم پپتیک و هلیکوباکترپیلوری.

الف **ب** ج د

۲۸- مرد ۷۰ ساله‌ای که به علت بیماری قلبی- عروقی تحت درمان با آسپرین ۸۰mg/d است. با هماتمز و ملنا مراجعه کرده است. در آندوسکوپی علت خون‌ریزی گوارشی وی اولسر دئودنوم تشخیص داده می‌شود. اقدام صحیح کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) بیمار هر چه زودتر مصرف آسپرین را شروع کند.

ب) بیمار دیگر هیچگاه آسپرین مصرف نکند.

ج) بیمار یک ماه بعد آسپرین را شروع کند.

د) بیمار دو ماه بعد آسپرین را شروع کند.

در بیماری که روی درمان با یک NSAID مثل آسپرین و ایندومتاسین دچار زخم پپتیک یا خونریزی گوارشی شود، باید NSAID را قطع کنیم و برای او PPI شروع کنیم. حالا اگر امکان قطع دارو نباشد، مثل بیمار قلبی یا بیماری که به علت اسپوندیلیت آنکیلوزان تحت درمان با ایندومتاسین است، دو حالت داریم:

۱. در صورت امکان با یک سیکلواکسیژناز ۲ مثل سلکوکسیب جایگزین کن و کنارش PPI بده. تو این بیمار نمیشه NSAID رو یهو با استامینوفن جایگزین کرد، چون بیمار از خاصیت ضد التهابی دارو استفاده می‌کنه.

۲. اگر امکان جایگزینی نیست، مثل مریض قلبی که آسپرین می‌خورد: در مدت بستری بیمار NSAID رو قطع کن، ولی حتماً در سریع‌ترین زمان ممکن، حداکثر طی ۷ روز آسپرین شروع کن و کنارش PPI بده. الف شد.

مبحث زخم پپتیک و هلیکوباکترپیلوری.

الف ب ج د

۲۹- خانم ۲۶ ساله‌ای با زردی مراجعه کرده است. در بررسی آزمایشات اولیه نتایج زیر حاصل شد:

AST= 470 IU/L و ALT= 564 IU/L, ALP= 256 IU/L, Bili T= 7.5 mg/dl, Bili D= 4.3 mg/dl

است. جهت بررسی بیش‌تر چه تستی در این مرحله توصیه می‌شود؟ *(پره‌انترنی فرداد ۹۸ - میان‌دوره کشوری)*

الف) بررسی مارکرهای ویروسی **ب) تصویربرداری MRI**

ج) سطح سرمی آنتی‌میتوکندریال آنتی‌بادی **د) انجام بیوپسی کبد**

در بیماری که با شکایت زردی یا آزمایش کبدی غیر طبیعی میاد، به ترتیب به سطح آمینوترانسفراز کبدی (نرمال تا ۴۰)، بعد آلکالن فسفاتاز (نرمال تا ۳۰۰)، بعد نتیجه‌ی سونوگرافی کبد و مجاری و بعد سطح بیلی‌روبین نگاه کن. چهار الگو با توجه به تغییرات داریم. اگر بیمار همه‌ی آزمایشاتش مختل بود ولی افزایش آمینوترانسفراز نسبت به آلکالن غالب بود؛ مثل این خانم، الگوی هپاتوسلولار داریم. در این الگو چون انواع هپاتیت مطرح است، باید به این ترتیب عمل کنیم:

۱. بررسی سابقه‌ی دارویی

۲. بررسی آزمایشات از جمله:

- آزمایشات غربالگری: مارکرهای هپاتیت ویروسی C(HCV Ab)، B (HBs Ag، HBc Ab IgM) و A(HAV Ab IgM)/ سطح سرولوپلاسمین برای ویلسون/ سطح استامینوفن/ فریتین.
- ارزیابی هپاتیت اتوایمیون با SPEP، ASMA، ANA

۳. اگر به نتیجه نرسیدیم، تست جهت بررسی عفونت EBV، CMV، هپاتیت D و E و همچنین سونوگرافی کبد برای رد کبد چرب و آزمایشات سلیاک را درخواست میدیم.

۴. بیوپسی کبد: در مرحله‌ی آخر که به هیچ جا نرسیدیم.

پس تست AMA جزء ارزیابی‌های الگوی هپاتوسلولار نیست.

مبحث ارزیابی کارکرد کبد و تشخیص.

الف ب ج د

@MEDICA_CHANNEL

۳۰- آقای ۵۶ ساله در بررسی دوره‌ای، با یک گزارش سونوگرافی مبنی بر وجود یک سنگ حدود ۶ میلی‌متری و یک پولیپ بزرگ در کیسه صفرا مراجعه کرده است. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟ *(پره‌انترنی فرداد ۹۸ - میان‌دوره کشوری)*

الف) پیگیری سونوگرافیک

ب) مشاوره‌ی جراحی

ج) تجویز اورسودوکسی کولیک اسید

د) تصویربرداری با روش دیگر

سنگ کیسه صفرا در اغلب موارد بدون علامت می‌باشد و ممکن است بیمار به صورت اتفاقی متوجه وجود آن شود. در این بیماران هیچ اقدامی لازم نیست و فقط پیگیری می‌کنیم؛ ولی در افراد پرخطر مثل این بیمار که سنگ همراه با پولیپ دارد، باید کوله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک و مشاوره جراحی درخواست کنیم. شرایط پر خطر رو اگر یادت نیست برگرد جواب ۱۰ رو بخون.

مبحث کیسه صفرا و مجاری صفراوی.

الف | **ب** | ج | د

۳۱- در بیمار مبتلا به پانکراتیت حاد صفراوی، اساسی‌ترین درمان برای کاهش عوارض بیماری کدام است؟ *(پره‌انترنی فرداد ۹۸- میان‌دوره کشوری)*

الف) داروهای مخدر و ضد درد

ب) تغذیه‌ی روده‌ای در بدو ورود

ج) آنتی‌بیوتیک تزریقی وسیع‌الطیف

د) مایع درمانی با حجم زیاد وریدی

پانکراتیت (التهاب پانکراس) به صورت حاد و مزمن دیده می‌شود و شایع‌ترین علت آن، سنگ صفراوی و مصرف الکل است. اولین و اساسی‌ترین مرحله در درمان بیماران مبتلا به پانکراتیت حاد، مایع درمانی و هیدراته کردن سپس تجویز مسکن برای کاهش درد است. در مرحله‌ی بعدی با توجه به معیارهای بالینی رانسون برای تعیین شدت پانکراتیت، نوع درمان را انتخاب می‌کنیم. برگرد جواب ۱۵، توضیح پانکراتیت رو بخون.

مبحث بیماری‌های پانکراس.

الف | ب | ج | **د**

۳۲- آقای ۲۴ ساله‌ای با شکایت درد شکم از هفت ماه قبل مراجعه کرده است. درد منتشر بوده ولی پیشرونده نیست و اکثر مواقع با اسهال همراه است. بیمار علائم شبانه، کاهش وزن و کم‌خونی ندارد. کدام اقدام در این مرحله توصیه می‌شود؟ *(پره‌انترنی فرداد ۹۸ - میان‌دوره کشوری)*

الف) بررسی بیش‌تر لازم نیست

ب) کولونوسکوپی کامل و بیوپسی

ج) تصویربرداری شکم با سی‌تی‌اسکن

د) تست سرمی آنتی‌تیشوگلوتامیناز

@MEDICA_CHANNEL

در برخورد با اسهال مزمن بالای چهار هفته بعد از شرح حال و معاینه باید، اینطوری برخورد کنیم:

۱. وجود شواهد التهابی مثل خون و لکوسیت در مدفوع، زورپیچ و تب: این سه کار رو انجام بده:

☝ با شک به انگل کشت مدفوع بگیر.

✌ با شک به اسهال کلستریدیومی، توکسین کلستریدیوم مدفوع رو چک کن.

👌 با شک به بیماری التهابی روده، کولونوسکوپی (بالای ۴۰ سال) و یا رکتوسیگموئیدوسکوپی (زیر ۴۰ سال) به همراه بیوپسی بگیر.

۲. وجود شواهد اسهال چرب: باید اول بیماری‌های روده کوچک و بعد پانکراس را بررسی کنیم، پس به این ترتیب جلو برو:

☝ اندوسکوپی کن و بیوپسی و آسپیراسیون از روده‌ی کوچک بگیر.

✌ اگر نرمال بود با رادیوگرافی مثل باریم و غیره، روده‌ی کوچک را بررسی کن.

👌 اگر نرمال بود، عملکرد پانکراس را بررسی کن.

۳. بیماری که هیچکدام از دو حالت اول را ندارد و ازدرد شکمی با اسهال شکایت دارد که با دفع مدفوع، این درد بهتر شده ولی احساس دفع ناقص دارد یا اینکه در شواهدی به نفع سوء جذب دارد: مثل این سوال باید با شک به IBS و اسهال عملکردی اول سایر بیماری‌ها رو با یک سری آزمایش رد کنیم. یکی از این موارد رد سلیاک با آنتی‌ترانس گلوتامیناز بافتی یا TTG-IgA است.

در کل این آزمایشات چیاست؟

✎ آزمایشات ضروری بررسی اسهال مزمن در شک اولیه به IBS و اسهال عملکردی: CBC، بیوشیمی (BUN، Cr، الکترولیت)، CRP، ESR، آهن، فولات، C4 ، TTG-IgA، B12، چربی مدفوع، کالپروتکتین.

سلیاک با علائمی مثل نفخ، عدم تحمل لاکتوز، اسهال مزمن، کم خونی، علائم عصبی و غیره مشخص می‌شود. اگر نتیجه سرولوژی (TTG) مثبت شد، بیمار را تحت بیوپسی اندوسکوپیک قرار میدیم و بعد برای تأیید تشخیص به بیمار رژیم غذایی فاقد گلوتن میدیم.

مبحث اسهال.

الف ب ج **د**

۳۳- بیمار آقای ۳۶ ساله‌ای است که طی ۲ ماه اخیر دچار دیسفاژی متناوب و غیر پیشرونده به جامدات شده است. در نمونه‌ی حاصل از مری بیمار بیش از ۲۰ ائوزینوفیل در هر فیلد میکروسکوپی گزارش شد. درمان مناسب در این مرحله کدام است؟

(پره‌انترنی خرداد ۹۸ - میان‌دوره کشوری)

الف) مهارکننده‌ی پمپ پروتون

ب) کورتیکواستروئید استنشاقی

ج) بکلوفن خوراکی

د) مهارکننده‌ی هیستامین ۲



اگر دیسفاژی به جامدات مثل این بیمار متناوب و گاه‌گاهی بود، باید به رینگ تحتانی مری فکر کنیم. برگرد جواب ۲۱ رو بخون.

رینگ تحتانی مری در بعضی بیماران با هیاتوس هرنیا، ازوفاژیت ائوزینوفیلیک و دیورتیکولوم زنکر همراهی دارد. موارد زیر رو در

مورد ازوفاژیت ائوزینوفیلیک یاد بگیر:

تشخیص قطعی: با بیوپسی اندوسکوپیک است که در بخش میانی و دیستال مری ۱۵ تا ۲۵ ائوزینوفیل در هر HPF ببینیم. در اندوسکوپی و بلع باریم کاهش یکنواخت قطر لومن مری رو می‌بینیم. برخلاف بدخیمی که قطر لومن به صورت غیریکنواخت باریک می‌شود.

شواهد بالینی: علاوه بر دیسفاژی، با آلرژی از جمله رینیت و درماتیت آلرژیک و آسم ائوزینوفیلیک همراهی دارد.

درمان: خط اول درمان علامتی تجویز PPI دو بار در روز است، پس الف شد. خط دوم و سوم درمان علامتی به ترتیب شامل استروئید استنشاقی (فلوتیکازون) و سیستمیک است. در مواردی از درمان اندوسکوپیک یا بالون هم استفاده می‌کنیم.

مبحث بیماری‌های مری.

الف | ب | ج | د

۳۴- مرد ۶۵ ساله‌ای با شکایت از fresh rectal bleeding از دو ساعت پیش توسط فرزندانش به اورژانس آورده شده است. بیمار خواب آلوده است. فشار خون سیستولیک بیمار ۸۰ میلی‌متر جیوه است. بعد از احیای بیمار و اقدامات درمانی، از بین اقدامات تشخیصی زیر کدامیک را در مرحله‌ی اول درخواست می‌نمایید؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۷- میان‌دوره‌ی کشوری و اسفند ۹۷- قطبی)*

الف) Mesentric Angiography

ب) Emergency Colonoscopy

ج) Upper Endoscopy

د) RBC Scan

در برخورد با هر نوع خونریزی گوارشی فوقانی (هماتمز) و یا تحتانی (ملنا و یا هماتوشزی) بعد از بررسی همودینامیک و پایدار کردن بیمار با سرم‌تراپی، باید به این صورت عمل کنیم:

۱. خونریزی گوارشی با همودینامیک پایدار ☜ اندوسکوپی لازم نیست. اگر خونریزی تحتانی بود، برو سراغ کلونوسکوپی. البته ملنا (مدفوع قیری سیاه‌رنگ) یک استثناء است: در ملنا حتی با وجود همودینامیک پایدار باید ببریم اندوسکوپی.

۲. خونریزی گوارشی با همودینامیک ناپایدار ☜ سریع ببر برای اندوسکوپی. احتمالاً منشأ خونریزی، فوقانیه. مثل این سوال. البته قبل اندوسکوپی حتماً با سرم تراپی بیمار رو پایدار کن.

پس اولین قدم در برخورد با خونریزی گوارشی، بررسی همودینامیک از جمله فشار خون و ضربان قلب است. منظور از همودینامیک ناپایدار سه حالت است: فشار خون پایین/ تاکی‌کاردی بالای ۱۰۰/ تست Tilt مثبت یعنی اختلاف فشار خون خوابیده و نشسسته بیش‌تر از ۲۰ در سیستولیک و بیش‌تر از ۱۰ در دیاستولیک.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف | ب | **ج** | د

۳۵- آقای ۵۱ ساله‌ای با شکایت از دفع خون روشن از مقعد از روز گذشته به اورژانس مراجعه کرده است. حال عمومی بیمار خوب است. فشار خون وی 125/75mmHg و تعداد ضربان قلب ۸۰ در دقیقه است. تست Tilt وی نیز منفی است. مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۸- قطبی)*

الف) رکتوسیگموئیدوسکوپی **ب) RBC اسکن**

ج) کولونوسکوپی توتال **د) آندوسکوپی گوارش فوقانی**

در خونریزی گوارشی تحتانی اگر همودینامیک بیمار پایدار بود، اندوسکوپی لازم نیست و مستقیم میریم سراغ کلونوسکوپی. مثل این مریض که فشار خون سیستولیک بالای ۱۰ و پالس کم‌تر از ۱۰۰ و تیلت منفی دارد. اگر همودینامیک ناپایدار بود، درجا برو اندوسکوپی.

برگرد جواب ۳۴ رو بخون.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف ب **ج** د

۳۶- خانم ۳۹ ساله‌ای به علت کم‌خونی فقرآهن و خون مخفی در مدفوع و یبوست اخیر تحت کولونوسکوپی قرار می‌گیرند و توده در کولون صعودی گزارش می‌شود. گزارش پاتولوژی آدنوکارسینوم well differentiated همراه با درگیری لنف نود بوده است. با توجه به شک به Mismatch repair pathway، بررسی برای بیمار انجام شد. همه‌ی یافته‌های بیمار به نفع کانسرهای مرتبط با Mismatch repair pathway است، به‌جز: *(پره‌انترنی اسفند ۹۷- مشترک کشوری)*

الف) جنس خانم **ب) سن پایین**

ج) گزارش پاتولوژی **د) توده‌ی سمت راست**

در DNA mismatch repair، ژن‌های ترمیم‌کننده‌ی DNA، موتاسیون پیدا می‌کنند؛ موتاسیون‌ها روی هم جمع شده و microsatellite می‌سازند، مثل سندرم لینچ یا Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC). ویژگی‌های مشترک کنسرهای کولورکتال با DNA mismatch repair، رو یاد بگیر:

۱. در سمت راست کولون

۲. در افراد جوان (کم‌تر از ۵۰ سال)

۳. شیوع بیش‌تر در خانم‌ها (در همراهی با سرطان تخمدان و اندومتر)

۴. تمایز ضعیف

۵. تهاجم موضعی زیاد

۶. متاستاز به غدد لنفاوی ندارد.

با همه‌ی این داستانا، شایع‌ترین موتاسیون عامل کنسرهای کولورکتال، موتاسیون ژن APC است، مثل سندرم فامیلیال آدنوماتوز یا FAP.

مبحث آندوسکوپی و کولونوسکوپی و سرطان‌های گوارشی.

الف ب **ج** د

۳۷- آقای ۴۰ ساله‌ای با شکایت چند نوبت استفراغ خونی در چند ساعت اخیر مراجعه کرده است. برای بررسی وضعیت بیمار کدامیک از موارد زیر ارزش کم‌تری دارد؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۷- قطبی)*

الف) میزان هموگلوبین **ب) تعداد ضربان قلب**

ج) فشار خون **د) تغییرات وضعیتی در فشار خون**

قدم اول در هر خونریزی گوارشی بررسی همودینامیک بیمار است، که ارزشمندترین معیار، اندازه‌گیری فشارخون و ضربان قلب بیمار است. بی‌ارزش‌ترین راه برای بررسی همودینامیک در خونریزی گوارشی، بررسی هموگلوبین و هماتوکریت است.

در خونریزی گوارشی کی به بیمار خون تزریق می‌کنیم؟ در هموگلوبین کم‌تر از ۷؛ مگر در همراهی با بیماری زمینه‌ای قلبی عروقی که باید در هموگلوبین کمتر از ۹، خون تزریق کنیم.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف | ب | ج | د

۳۸- خانم ۴۵ ساله‌ای با یبوست مزمن و شروع درد آنوس و دفع خون پس از دفع از سه ماه قبل مراجعه کرده است. کاهش وزن و آنمی ندارد. در معاینه هموروئیدهای التهابی external دیده می‌شود. کدام اقدام در این مرحله ضروری نیست؟ *(پره‌انترنی شهریور و اسفند ۹۷- قطبی)*

الف) توصیه به نوشیدن مایعات فراوان **ب) ارجاع جهت هموروئیدکتومی**

ج) شروع مصرف فیبر خوراکی به میزان 25g/d **د) انجام کولونوسکوپی**

در خونریزی گوارشی تحتانی با همودینامیک پایدار مثل این خانم باید کولونوسکوپی انجام بدیم. اندوسکوپی لازم نیست، مگر خونریزی به شکل ملنا باشد. این مریض برای خونریزی باید تحت کولونوسکوپی قرار گیرد و برای یبوست باید لایف استایلش با مصرف آب فراوان و فیبر (۲۵-۱۵ گرم در روز) و ورزش اصلاح شود. در کل جراحی و هموروئیدکتومی جزء اقدامات اولیه نیست.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف | ب | ج | د

۳۹- خانم ۳۵ ساله‌ای با سابقه‌ی بیماری کولیت اولسروز از حدود ۱۰ سال پیش مراجعه نموده است. بیماری ایشان با دارو کنترل است و در حال حاضر شکایت خاصی ندارد. نتایج آزمایشات اخیر ایشان به قرار زیر است:

Stool exam: Normal, CBC: Normal, AST: 15, ALP: 800, Total Bili: 1, Direct Bili: 0.2

کدامیک از موارد بررسی‌های پاراکلینیکی زیر در تشخیص مشکل ایشان کمک نخواهد کرد؟ *(پره‌انترنی آذر ۹۷- میان‌دوره‌ی کشوری)*

الف) Magnetic Resonance cholangio pancreatography

ب) Antinuclear antibody

ج) Gamma Glutamyl transpeptidase

د) Liver Biopsy

از نظر تغییرات آنزیم‌های کبدی، این بیمار افزایش ایزوله‌ی آلکالن فسفاتاز دارد. در این الگو باید ابتدا منشأ افزایش آلکالن رو با چک GGT و پنج نوکلئوتیداز بررسی کنیم. اگر افزایش یافته بود با سونوگرافی، AMA و شرح حال دارویی، منشأ آسیب کبد رو پیدا کنیم:

☝ سونوگرافی طبیعی و AMA مثبت: بیوپسی کبد بگیر.

✌ سونوگرافی غیرطبیعی (مجاری صفراوی خارج کبدی دیلاته است): درگیری در خارج بافت کبد (اکستراهپاتیک) است و باید بریم سراغ ERCP و یا MRCP.

پس ANA در ارزیابی‌های الگوی کلستاتیک نیست؛ بلکه مربوط به الگوی هپاتوسلولار است.

مبحث ارزیابی کارکرد کبد و تشخیص.

الف | **ب** | ج | د

۴۰- آقای ۴۰ ساله‌ای با اسهال مزمن، دل پیچه و نفخ شکم مراجعه کرده است. چربی مدفوع ۲۴ ساعته نرمال است. اسموتیک گپ مدفوع بیش‌تر از حد نرمال است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)*

الف) پانکراتیت مزمن

ب) سوءجذب نمک‌های صفراوی

ج) کمبود لاکتاز

د) سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر

اسهال مزمن به همراه اسموتیک گپ بالا در مدفوع بدون شواهد التهاب (WBC و RBC و کالپروتکتین منفی) و بدون شواهد اسهال استئاتوره‌ای (مدفوع چرب و بدبو با کاهش وزن) به نفع اسهال اسموتیک است. برگرد جواب ۱ رو بخون. سوء جذب کربوهیدرات و در صدر لیست کمبود لاکتاز شایع‌ترین علت اسهال اسموتیک است. حساس‌ترین و اختصاصی‌ترین تست برای ارزیابی این بیماری، تست تنفسی هیدروژن بازدمی است. یعنی همونایی که شیر میخورن و خدا بعدش باید به داد بغل دستیاشون برسه 🙊

مبحث اسهال.

الف | ب | **ج** | د

۴۱- آقای ۳۸ ساله‌ای به علت هپاتیت حاد B و با تهوع و استفراغ شدید و افزایش آنزیم‌های کبدی بستری می‌شود. در سیر بستری بیمار دچار خواب‌آلودگی می‌شود و در معاینه‌ی، ترمور دست‌ها (آستریکسی) دارد. در آزمایشات آنزیم‌های کبدی بالا است. INR:4 و Bili Total:25 Bili ,Direct:16 است. کدام اقدام زیر باعث بهبود پیش‌آگهی بیمار می‌گردد؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)*

الف) آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک

ب) تجویز گلوکوکورتیکوئید

ج) Exchange transfusion

د) محدودسازی پروتئین رژیم غذایی دریافتی

بروز علائم انسفالوپاتی از جمله خواب‌آلودگی و کاهش هوشیاری به نفع هپاتیت فولمینانت (برق‌آسا) است. تنها عاملی که واقعاً سبب افزایش بقای بیماران می‌شود، تجویز آنتی‌بیوتیک پروفیلاکتیک است. برگرد جواب ۱۸ رو بخون.

مبحث هپاتیت‌های ویروسی.

الف | ب | ج | د

@MEDICA_CHANNEL

۴۲- تست خون مخفی مدفوع برای غربالگری کانسر کولون در کدامیک از افراد زیر توصیه نمی‌کنید؟ *(پره‌انترنی تیر ۹۷- میان‌دوره‌ی کشوری)*

الف) آقای ۵۵ ساله‌ای بدون ریسک فاکتور و بدون علائم بالینی

ب) خانم ۳۰ ساله‌ای بدون علائم گوارشی که به دلیل آنمی فقر آهن ارجاع شده است.

ج) آقای ۴۵ ساله‌ای بدون علامت که به خاطر سابقه‌ی کانسر کولون در پدرش در سن ۵۵ سالگی نگران است.

د) خانم ۴۰ ساله‌ای بدون علامت که سابقه‌ی کانسر کولون در خاله و دایی‌اش در سن ۶۵ سالگی را ذکر می‌کند.

آزمون خون مخفی در مدفوع (Occult Blood)، تنها برای غربالگری سرطان کولورکتال توصیه می‌شود، در کیا؟

۱. در صورت نداشتن سابقه‌ی خانوادگی کنسر کولون: از ۵۰ سالگی به صورت سالیانه.

۲. در صورت داشتن سابقه‌ی خانوادگی: از سن ۴۰ سالگی اگر یک عضو بالای ۶۰ سال درجه یک خانواده کنسر کولون داشت. اگر دو عضو درجه دو یا یک عضو درجه یک جوان‌تر از ۶۰ سال به کنسر مبتلا بود، یا از ۴۰ سالگی و یا از ۱۰ سال جوان‌تر از سن اون عضو خانواده‌ی مبتلا، غربالگری رو شروع کن؛ هر کدوم که زودتر بود.

در صورت مثبت بودن این آزمون یا وجود آنمی در مرد یا هر خانم یائسه‌ای باید با کولونوسکوپی لوله‌ی گوارش رو بررسی کنیم. اگر نتیجه‌ی کولونوسکوپی مثل این بیمار طبیعی بود و بیمار شواهدی به نفع خونریزی نداشت (افت هموگلوبین، همودینامیک ناپایدار، ادامه‌ی خونریزی)، دیگر اقدام بیش‌تری لازم نیست.

مبحث اندوسکوپی، کولونوسکوپی و سرطان گوارش.

الف **ب** ج د

۴۳- خانم ۳۰ ساله‌ای با سوزش پشت جناغ (heart burn) به صورت روزانه مراجعه کرده است. سابقه‌ی فامیلی بیماری‌های بدخیم گوارشی، کاهش وزن، استفراغ و خون‌ریزی گوارشی را ذکر نمی‌کند. معاینه‌ی شکم و CBC نرمال است. مناسب‌ترین اقدام کدام است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)*

الف) تجویز PPI (مهارکننده‌ی پمپ پروتون)

ب) بررسی از نظر عفونت هلیکوباکتر پیلوری

ج) آندوسکوپی فوقانی

د) pH متری ۲۴ ساعته‌ی مری

این بیمار جوان با علائم دیس‌پپسی (سوزش سر دل، ناراحتی معده) مراجعه کرده. در اپروچ به دیس‌پپسی باید به سن بیمار و علائم خطر دقت کنیم یعنی: استفراغ مکرر و بی‌اشتهایی شدید، کاهش وزن، دیسفاژی و اودینوفاژی، خون‌ریزی گوارشی، آنمی، زردی، توده‌ی شکمی و آدنوپاتی و سابقه‌ی خانوادگی مثبت برای بدخیمی‌های گوارشی دقت کنیم.

اگر بیمار زیر ۴۰ سال و بدون ریسک‌فاکتور بود؛ باید با تست‌های غیر تهاجمی عفونت H.Pylori را بررسی کنیم، مثل این بیمار: اگر مثبت شد، درمان ریشه‌کنی بدیم و اگر منفی شد، به صورت تجربی داروی آنتی‌اسید مثل این بیمار بدیم. اگر علائم با وجود درمان تجربی بهتر نشد، باید آندوسکوپی کنیم.

اگر بیمار بالای ۴۰ سال یا دارای ریسک‌فاکتور بود از همان ابتدا آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی می‌کنیم.

مبحث زخم پپتیک و هلیکوباکترپیلوری.

الف | **ب** | ج | د

۴۴- بیمار خانم ۲۵ ساله‌ای است که با درد شکم و اسهال از ۹ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار از نفخ شکم و احساس عدم تخلیه‌ی کامل مدفوع نیز شاکی است. اسهال بیمار خونی نیست و اسهال شبانه نیز ندارد و کاهش وزن نیز ندارد. بیمار ذکر می‌کند گاهی برای اسهال، لوپرامید مصرف می‌کند که بهبود کامل نیافته است. در بررسی اولیه‌ی بیمار کدام اقدام تشخیصی زیر مناسب نیست؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۶- مشترک کشوری)*

الف) تست‌های بررسی مدفوع

ب) سرولوژی سلیاک

ج) رکتوسیگموئیدوسکوپی و بیوپسی

د) آندوسکوپی و بیوپسی دئودنوم

بیماران با سابقه‌ی درد یا احساس ناراحتی شکمی که با اجابت مزاج بهتر بشه و همراه با اسهال یا یبوست مزمن از حداقل شش ماه پیش شروع شده باشه، ما رو به تشخیص سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (IBS; irritable bowel syndrome) مشکوک می‌کنه. مدفوع خونی، سن بالا، وجود آنمی و ESR بالا میتونه تشخیص IBS رو زیر سؤال ببره. نکته‌ی مهمی که تشخیص IBS داره، رد سایر بیماری‌ها از جمله IBD و سلیاک است. در نتیجه علاوه‌بر آزمایش خون، آزمایش مدفوع و رکتوسیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف یا کولونوسکوپی همراه با بیوپسی ضروری است. پس آندوسکوپی جزئش نیست. برگرد تو جواب ۳۲ برخورد با اسهال مزمن رو مرور کن.

مبحث اسهال و مبحث سندرم روده تحریک‌پذیر.

الف | ب | ج | **د**

۴۵- بیمار آقای ۵۵ ساله مورد شناخته شده سیروز کبدی ثانویه به هپاتیت مزمن B از ۳ سال پیش است که تحت درمان با قرص تنوفوویر، شربت لاکتولوز، قرص اسپیرنولاکتون، قرص فوروسماید و قرص پروپرانولول است. در حال حاضر با شکایت از درد منتشر و تب از شب گذشته مراجعه کرده است. در معاینه آسیت شکمی و تندرس مختصر شکم در لمس دارد. اولین و مهم‌ترین تشخیص کدام است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۶- مشترک کشوری)*

الف) هپاتوسلولار کارسینوما

ب) پریتونیت باکتریال خودبخودی

ج) عود بیماری اولیه

د) ترمبوز ورید پورت

یکی از عوارض سیروز و آسیت، پریتونیت باکتریال خودبخودی یا spontaneous bacterial peritonitis (SBP) است. هر بیمار مبتلا به آسیت که با حال بد، تب، درد شکم، زردی، علائم تحریک پریتوئن، افزایش WBC، اختلال حاد عملکرد کلیوی و یا کاهش سطح هوشیاری (انسفالوپاتی کبدی) اومد، اول از همه به SBP شک کن، مثل این مریض. با شک به SBP باید درجا آنالیز مایع آسیت درخواست کنیم. اگر PMN آن بالای ۲۵۰ بود، تشخیص ما SBP است.

مبحث سیروز کبدی و عوارض آن.

الف | **ب** | ج | د

@MEDICA_CHANNEL

۴۶- مرد ۴۹ ساله‌ای با دفع مدفوع سیاه رنگ، چسبنده و بدبو مراجعه کرده است. علائم حیاتی بیمار پایدار است. گام اول برای بررسی بیمار چیست؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۶- قطبی)*

الف) توتال کولونوسکوپی
ب) آندوسکوپی فوقانی
ج) رکتوسیگموئیدوسکوپی
د) کپسول آندوسکوپی

در خونریزی گوارشی اول همودینامیک رو بررسی می‌کنیم و اگر پایدار بود، آندوسکوپی لازم نیست، مگر ملنا (مدفوع قیری و سیاه) که حتماً باید اندوسکوپی شود. در سایر موارد خونریزی تحتانی، میریم سراغ کلونوسکوپی. برگرد جواب ۳۴ رو بخون.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف | **ب** | ج | د

۴۷- کدام‌یک از داروهای زیر، در کاهش احتمال بروز کانسرهای کولورکتال می‌تواند مؤثر باشد؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۶- مشترک کشوری)*

الف) متفورمین
ب) آتورواستاتین
ج) کاپتوپریل
د) آسپرین

سه ماده در رژیم غذایی از بروز کنسر کولورکتال پیشگیری می‌کنند:

۱. دسته دارویی NSAID و آسپرین
۲. مکمل استروژنی
۳. فولات

مبحث آندوسکوپی و کولونوسکوپی و سرطان‌های گوارشی.

الف | ب | ج | **د**

۴۸- کدام آنتی‌بادی زیر، نقش محافظت کننده در برابر عفونت مجدد هپاتیت ویروسی را دارد؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) HCV-Ab
ب) HBe-Ab
ج) HBc-Ab- IgG
د) HAV-Ab-IgG

تست مخصوص هپاتیت A، IgM−Anti HAV هست که حداکثر ۶ تا ۱۲ ماه مثبت می‌مونه و بعدش در فاز ریکاوری، مارکر IgG−Anti HAV مثبت میشه. این مارکر تا آخر عمر در خون باقی می‌مونه و به فرد ایمنی میده. پس هرکس فقط یک بار هپاتیت A می‌گیره، مگر در موارد عودکننده که خودبخود خوب میشه.

مبحث هپاتیت‌های ویروسی.

الف | ب | ج | **د**

۴۹- آقای ۴۵ ساله‌ای به علت ایکتر که از یک هفته‌ی قبل شروع شده، مراجعه کرده است. بیمار سابقه‌ی کانسر معده و جراحی متعاقب آن داشته و در حال حاضر تحت شیمی‌درمانی نوبت ششم است. وی سابقه‌ی ایکتر در زمان کودکی به صورت گذرا را دارد، اما سابقه‌ی بیماری کبدی در بستگان درجه اول ندارد. نتیجه‌ی آزمایش اولیه به صورت زیر است:

AST=980 (NL: up to 40) ALT= 1150(NL: up to 40)

Alkp=380 (NL: up to 306) Bili(T)=18, Bili(D)=11

کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) هپاتیت دارویی **ب) هپاتیت اتوایمیون**

ج) هپاتیت ویرال **د) هپاتیت ناشی از ویلسون**

چهار الگو برای تغییرات تست‌های کبدی داریم:

۱. افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین

۲. افزایش ایزوله‌ی آلکالن فسفاتاز

۳. الگوی کلستاتیک: تغییر AlkP و ۵- نوکلئوتیداز و گاما GT بارزتر از ترانس‌آمینازهای کبدی است.

۴. الگوی هپاتوسلولار: تغییر ترانس‌آمینازهای کبدی بارزتر از AlkP و... است. مثل این بیمار که باید علل مختلفی از جمله دارویی (مثل داروهای شیمی‌درمانی)، هپاتیت ویروسی، هپاتیت اتوایمیون، هپاتیت ناشی از ویلسون در افراد کمتر از ۴۰ سال را بررسی کنیم. این بیمار با توجه به شرح‌حال مصرف داروی شیمی‌درمانی به هپاتیت دارویی می‌خورد.

مبحث ارزیابی کارکرد کبد و تشخیص

الف ب ج د

۵۰- آقای ۲۰ ساله‌ای از ۶ هفته قبل با ضعف، بی‌حالی، بی‌اشتهایی و زردی مراجعه کرده است. بیمار کاملاً هوشیار است. بررسی آزمایشگاهی به شرح زیر است:

ALT= 1200 IU/ml, AST=1000 IU/ml ,INR=1.1,Bili T: 3.5, Bili D: 2, HBs Ag: +, HBe Ag: +,

IgM Anti HBC= +, HBV DNA: 1/000/000 IU/ml

کدامیک از اقدامات زیر توصیه می‌شود؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) درمان حمایتی و پیگیری بیمار **ب) درمان با پگ اینترفرون**

ج) درمان با لامیوودین **د) درمان با تنوفوویر**

این بیمار مبتلا به هپاتیت B حاد است که درمانش حمایتی و پیگیری است. فقط اگر شدید بود می‌توان قرص ضد ویروس لامی‌وودین تجویز می‌کنیم. قبل از تجویز داروی ضد ویروسی باید HBV DNA را برای بررسی تکثیر ویروس چک کنیم. از کجا فهمیدم هپاتیت B حاد داره؟!

ببین در هر سوالی که بهت ماکرهای هپاتیت رو داد، اول ببین حتما آمینوترانس فراز بالای ۵۰۰ باشه؛ این نشون میده یک هپاتیت حاد داریم. جدای از اون بگرد دنبال HBs– Ag.

۱. اگر HBs–Ag مثبت بود: هپاتیت B حاد یا مزمن داریم، باید به HBc –Ig برای افتراق این دو نگاه کنیم. نوع M در حاد و نوع G در مزمن مثبت می‌شود. در نوع مزمن وجود HBe –Ag به نفع هپاتیت مزمن فعال و تکثیری است و نبود آن به نفع هپاتیت مزمن خاموش است.

۲. اگر HBs– Ag منفی بود: هپاتیت B مزمن رد میشه. اینجا دنبال IgM بگرد:

- اگر IgM مثبت بود: نوع فولمینانت و یا پنجره (Window) داریم.
- اگر IgM منفی بود: دنبال IgG بگرد. اگر مثبت بود در فاز ریکاوری هستیم. ولی اگر منفی بود و در کنارش HBs Ab مثبت بود، دو تشخیص بهبودی کامل و یا واکسن مطرح می‌شود.

مبحث هپاتیت‌های ویروسی.

الف | ب | ج | د

۵۱- در خانم ۶۰ ساله، در سونوگرافی شکم به طور اتفاقی سنگ صفراوی ۱۸ میلی‌متری مورد توجه قرار گرفته است. چه اقدامی توصیه می‌شود؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) ارجاع برای عمل جراحی الکتیو

ب) ارجاع برای عمل جراحی اورژانس

ج) تجویز Urosodeoxycholic Acid یا UDCA

د) اقدام خاصی لازم نیست.

در سنگ صفراوی اتفاقی، اگر بیمار علامت‌دار نبود و شرایط پرخطر را نداشت، اقدامی لازم نیست و فقط پیگیری می‌کنیم، مثل این خانم. حواست باشه سنگ زیر ۳ سانتی‌متر خطری ندارد. ولی اگر این شرایط پرخطر پایین را داشت، باید با کله‌سیستکتومی پروفیلاکتیک سنگ را خارج کنیم: دیابت/ آنمی سیکل سل/ ریسک بالا برای ابتلا به کارسینوم صفراوی: مثل کیسه صفرای چینی (porcelain) یا کلسیفیه شده، سنگ بزرگ‌تر از سه سانت و یا همراهی با پولیپ صفراوی بزرگ/ بچه‌ها/ بعضی نژادهای خاص بومیان آمریکایی.

مبحث کیسه صفرا و مجاری صفراوی.

الف | ب | ج | **د**

۵۲- بیمار خانم ۲۲ ساله‌ای با سوزش سر دل مراجعه کرده است. با تشخیص احتمالی ریفلاکس، برای وی کپسول امپرازول روزی ۲ بار تجویز شده است. پس از ۲ ماه، بیمار مجدداً مراجعه می‌کند، علائم وی بهبود نیافته و از خطرات بعدی نگران است. چه اقدامی مناسب‌تر است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۵- مشترک کشوری)*

الف) افزایش دوز امپرازول و پیگیری بیمار ۱ ماه بعد

ب) تغییر نوع دارو و پیگیری بیمار ۱ ماه بعد

ج) آندوسکوپی فوقانی

د) pH متری ۲۴ ساعته مری

این بیمار جوان با علائم دیس‌پپسی (سوزش سر دل، ناراحتی معده) مراجعه کرده. در اپروچ به دیس‌پپسی باید به سن بیمار و علائم خطر دقت کنیم یعنی: استفراغ مکرر و بی‌اشتهایی شدید، کاهش وزن، دیسفاژی و اودینوفاژی، خون‌ریزی گوارشی، آنمی، زردی، توده‌ی شکمی و آدنوپاتی و سابقه‌ی خانوادگی مثبت برای بدخیمی‌های گوارشی دقت کنیم. اگر بیمار مثل این خانم زیر ۴۰ سال و بدون ریسک‌فاکتور بود، باید با تست‌های غیر تهاجمی عفونت H.Pylori را بررسی کنیم: اگر مثبت شد، درمان ریشه‌کنی بدیم و اگر منفی شد، به صورت تجربی داروی آنتی‌اسید مثل این بیمار بدیم. اگر علائم با وجود درمان تجربی بهتر نشد، باید آندوسکوپی کنیم، مثل این بیمار.

💎 اگر بیمار بالای ۴۰ سال یا دارای ریسک‌فاکتور بود از همان ابتدا آندوسکوپی فوقانی و بیوپسی می‌کنیم.

مبحث بیماری‌های مری و مبحث زخم پپتیک و هلیکو باکترپیلوری.

الف | ب | **ج** | د

۵۳- بیماری با آسیت برای اولین بار مراجعه کرده است. در آزمایشات وی آلبومین مایع آسیت ۲.۲ و آلبومین همزمان سرم ۳.۲ است. کدام تشخیص برای بیمار بیش‌تر مطرح است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۴- مشترک کشوری)*



الف) سیروز کبدی
ب) آسیت ناشی از سل
ج) سندرم بودکیاری
د) میکسدم

برای تشخیص علت آسیت باید SAAG حساب کنیم که برابر است با: آلبومین سرم منهای آلبومین مایع آسیت. که اگر عدد حاصل کم‌تر از ۱.۱ بود low SAAG و اگر بیش‌تر از ۱.۱ بود high SAAG است. برای این بیمار برابر ۱ و low SAAG است. تشخیص افتراقی‌های هر کدوم رو یاد بگیر:

SAAG	تشخیص افتراقی‌ها
High SAAG بیشتر از ۱,۱	نشان‌دهنده‌ی پورتال هایپرتنشن است. علت ☜ سیروز (شایع‌ترین)، ترومبوز ورید پورت، احتقان مزمن کبد ناشی از نارسایی قلب راست یا سندرم بودکیاری یا پریکاردیت کانستریکتیو، متاستازهای گسترده به کبد، میکس‌ادم، آسیت مختلط.
Low SAAG کمتر از ۱,۱	پریتونیت کارسینوماتوز، پریتونیت سلی، بیماری‌های پانکراس و سیستم صفراوی، سندرم نفروتیک.

مبحث سیروز کبدی و عوارض آن.

الف | **ب** | ج | د

@MEDICA_CHANNEL

۵۴- آزمایش مرد ۳۵ ساله‌ای با معاینه‌ی طبیعی و بدون علامت در بررسی سلامت پیش از استخدام به شرح زیر است:

Bilirubin Total= 3.1, Direct Bilirubin= 0.3, ALT=20, AST=17, LDH=100, CBC=Normal

اقدام مناسب بعدی کدام است؟ *(پره‌انترنی شهریور ۹۴- مشترک کشوری)*

الف) اطمینان بخشی به فرد

ب) بیوپسی کبد

ج) درخواست آزمایش ویروسی و خودایمنی متابولیک

د) سی‌تی‌اسکن اسپیرال

برگرد جواب ۱۷ رو بخون. این مریض با افزایش ایزوله‌ی بیلی‌روبین غیر مستقیم اومده، پس به علائم و عدد بیلی‌روبین توتال نگاه می‌کنیم. وقتی این عدد کم‌تر از ۶ است، دو حالت داریم. اگر هموگلوبین هم پایین بود، بیماری همولیتیک است. ولـی اگر هموگلوبین نرمال بود سندرم ژیلبرت است؛ مثل این مریض. افراد مبتلا در شرایط استرس روانی یا فیزیکی زردی‌شون تشـــدید میشه. بیماری خطرناک نیست و به غیر از اطمینان‌بخشی اقدام دیگری لازم نیست.

مبحث هایپربیلی‌روبینمیا.

الف | ب | ج | د

۵۵- بیمار خانم حامله‌ای در ماه سوم بارداری است که به دنبال استفراغ‌های مکرر دچار دفع خون روشن همراه با مواد غذایی از دهان شده است. اولین اقدام در ارزیابی و برخورد با بیمار فوق کدام است؟ *(پره‌انترنی اسفند ۹۳- مشترک کشوری)*

الف) با توجه به باردار بودن، لازم است درمان آندوسکوپیک انجام شود.

ب) درمان حمایتی و پیگیری بیمار

ج) حداقل ۲۴ ساعت در بخش ICU تحت نظر باشد.

د) تعبیه‌ی NG Tube

سه تا از شایع‌ترین علتای خون‌ریزی گوارشی فوقانی زخم پپتیک، واریس مری و پارگی مالوری ویس است. اگر مریضی به دنبال سرفه شدید، عق زدن و استفراغ‌های مکرر دچار خونریزی روشن گوارشی فوقانی شد، به پارگی مالوری ویس مشکوک میشیم، مثل این خانم باردار. در این بیماران باید حتماً از داروهای ضد تهوع برای توقف این عق زدن‌ها استفاده کنیم. در مالوری ویس با توجه به وجود خون‌ریزی فعال، دو حالت داریم:

✌ مالوری ویس بدون خون‌ریزی فعال: ضد تهوع بده. درمان اندوسکوپیک لازم نیست. با رژیم عادی مرخصش کن.

✌ مالوری ویس با خون‌ریزی فعال: ضد تهوع بده و حتما با اندوسکوپ خون‌ریزی رو کنترل کن. بعد به مدت یک روز بهش رژیم مایعات بده و ۱ تا ۲ روز هم در بخش بستریش کن.

اولین قدم در برخورد با هر خون‌ریزی گوارشی‌ای، ارزیابی همودینامیک (فشار خون) و سپس اقدامات حمایتی مثل مایع درمانی است.

مبحث خون‌ریزی گوارشی.

الف | ب | ج | د

@MEDICA_CHANNEL